

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH
TỪ KHƯỚC HOẶC CHẤM DỨT NGƯỜI CHĂM SÓC
PLANNED ACTION NOTICE
PROVIDER DENIAL OR TERMINATION

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA THÂN CHỦ

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN

BIỆN PHÁP

Thư này là để thông báo cho quý vị biết rằng kể từ ngày _____, DDD sẽ thi hành biện pháp sau đây đối với việc:

- Chấm dứt trả tiền
 Chấm dứt hợp đồng
 Từ khước hợp đồng
 Từ khước trả tiền

Người chăm sóc này hiện đang cung cấp sự chăm sóc sau đây:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Cá Nhân Thuộc Medicaid | <input type="checkbox"/> Nhà Ở Chung |
| <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Cá Nhân Bổ Sung | <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Luân Phiên |
| <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Tiếp Sức | <input type="checkbox"/> Dịch Vụ Cư Trú Có Chứng Nhận |
| | <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Khác _____ |

DDD áp dụng biện pháp này là bởi vì:

QUYỀN QUYẾT ĐỊNH

DDD được quyền thi hành biện pháp này căn cứ theo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bộ Luật Hành Chánh của Washington (WAC):
<input type="checkbox"/> 388-845-0300 đến 2205 Khả Năng của Người Chăm Sóc Bổ Sung HCBS | <input type="checkbox"/> 388-101-440 đến 1550 Khả Năng về Bằng Chứng Nhận của Người Cung Cấp Dịch Vụ Tại Nơi Cư Trú |
| <input type="checkbox"/> 388-871-0500 đến 05665 Khả Năng của Người Chăm Sóc Cá Nhân/Cơ Quan Chăm Sóc Tại Nhà | <input type="checkbox"/> 388-06 Về Điều Tra Lý Lịch |
| <input type="checkbox"/> Hợp đồng: (Phần dẫn chứng của hợp đồng) _____ | <input type="checkbox"/> Điều khác _____ |

Quý vị vẫn được hưởng dịch vụ này nhưng phải chọn một người chăm sóc khác đủ tiêu chuẩn.

Ngày gửi hoặc trao thông báo cho thân chủ: _____

cc: Người thân quan trọng khác: _____

Hồ sơ của thân chủ

QUYỀN KHÁNG CÁO CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận được thông báo này để thỉnh cầu buổi điều giải hành chánh hầu kháng cáo lại quyết định này.

- Để được tiếp tục hưởng các dịch vụ từ người chăm sóc này trong lúc kháng cáo, quý vị phải thỉnh cầu điều giải trước ngày _____

Quý vị có những quyền hạn sau đây:

1. Được có người đại diện thay cho quý vị (quý vị có thể hợp lệ để được trợ giúp pháp lý miễn phí);
2. Được yêu cầu có bản sao hồ sơ của quý vị và tất cả những tin tức đã được DDD xét duyệt để quyết định;
3. Được trình những giấy tờ để làm bằng chứng;
4. Được làm chứng tại buổi điều giải và có nhân chứng hiện diện để làm chứng thay cho quý vị; và
5. Được đối chất với lời khai của những nhân chứng của bộ.

QUÝ VỊ CÓ THẮC MẮC GÌ KHÔNG?

Nếu quý vị có thắc mắc về quyết định này đối với tình trạng hợp lệ của quý vị hoặc thủ tục kháng cáo, xin liên lạc với

_____ tại _____

SỐ ĐIỆN THOẠI

**THỈNH CẦU ĐIỀU GIẢI VỀ THÔNG BÁO
QUYẾT ĐỊNH CỦA DDD ĐỐI VỚI VIỆC
TỪ KHƯỚC HOẶC CHẤM DỨT NGƯỜI CHĂM SÓC**

chiếu theo Chương 388-02 của DSHS về các điều lệ điều giải.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

GỬI ĐẾN: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6463

Tôi thỉnh cầu một buổi điều giải bởi vì tôi không đồng ý với quyết định sau đây về người chăm sóc của Nha Trợ Giúp Tàn Tật (DDD):

TÊN CỦA QUÝ VỊ (XIN VIẾT CHỮ IN) NGÀY SANH SỐ AN SINH XÃ HỘI

ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI THỈNH CẦU PHIÊN ĐIỀU GIẢI SỐ ID CỦA THÂN CHỦ

THÀNH PHỐ TIỂU BANG SỐ BƯU CHÍNH SỐ ĐIỆN THOẠI (XIN GHI SỐ VÙNG) ĐIỆN THOẠI ĐỂ NHẮN

Tôi đã được báo cho biết về quyết định vào: _____ bởi: _____

NGÀY

TÊN VÀ ĐỊA ĐIỂM CỦA VĂN PHÒNG DSHS

Nếu tôi hội đủ điều kiện, tôi muốn tiếp tục được hưởng trợ giúp: Có Không Chương Trình: _____

Tôi được đại diện bởi (nếu quý vị sẽ tự đại diện cho mình, xin đừng điền vào hai hàng kế tiếp):

TÊN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHO QUÝ VỊ CƠ QUAN SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ THÀNH PHỐ TIỂU BANG SỐ BƯU CHÍNH

Tôi cho phép được tiết lộ các chi tiết về phiên điều giải cho người đại diện của tôi.

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ NGÀY

Quý vị có cần thông dịch viên hoặc những trợ giúp hay phương tiện khác cho buổi điều giải của quý vị hay không? Có Không

Nếu có, ngôn ngữ gì hoặc loại trợ giúp nào? _____

Thẩm Phán Tòa Hành Chánh (ALJ's) có thể giải quyết phiên điều giải bằng điện thoại. Nếu quý vị muốn được điều giải bằng cách đích thân đến, xin làm theo những hướng dẫn trong Thông Báo về Phiên Điều Giải do OAH đã gửi đến cho quý vị.

INSTRUCTIONS

Do clients have appeal rights to denial or termination of their choice of providers?

Yes, clients have appeal rights. Refer to WAC 388-825-120.

What are some reasons I might deny or terminate a provider?

Some examples might be (but not limited to):

- The provider has worked for 120 days or more and has not met the training requirements.
- Provider is not available to provide care as outlined on the client's service Plan.
- The Division does not believe this provider can meet the client's health and safety needs.
- Payment can be terminated at the request of the client or the client's representative.
- A contract can be terminated for default when the contractor has not complied with the terms of the contract.

Refer to (WAC 388-825-375)

Who makes the decision to deny or terminate a provider payment or contract?

- The decision to deny or renew a contract is made by the Field Services Administrator (FSA).
- The decision to terminate a contract prior to the end date of the contract is made by the Office of Central Contracts Services upon the recommendation of the DDD HQ Contracts Manager.
- A regional management decision to terminate payment prior to the termination of the contract can only be made when there is substantiated abuse/neglect, the department determines client is in imminent jeopardy or there has been a failed background check on a provider with a contract.

How do I determine the effective date for terminating payment to the provider?

- When possible the termination date of payment coincides with the contract termination date, allowing at least 10 days from the date the Planned Action Notice is mailed, and extending to the end of that month.
- Termination of payment is immediate when there is substantiated abuse/neglect, or the department determines client is in imminent danger.

How do I determine the effective date for denying a current contract?

The date of contract termination is determined by the Office of Central Contracts Services.

How do I determine the effective date for denying a new/renewal contract?

- If it is a new contract the effective date is the date of denial by the FSA.
- If it is a contract renewal, the date for termination is the end date on the existing contract.

How do I ensure receipt of notification by client/client representative?

Per WAC 388-825-100 attempt at least twice to notify first by telephone then send written notification.

If my client appeals the decision to terminate their provider can they continue to use their provider during the appeals process?

The client can continue to use their provider if they request a hearing within the allotted time frame. The effective date is calculated by counting 10 days from the date the Planned Action Notice is mailed and extending to the end of that month. The request to continue services from the provider will be denied if there is substantiated abuse/neglect, the department determines client is in imminent danger, or there has been a failed background check on a provider with a contract.